

Determinantes sociais da doença

Social determinants of illness

Volnei Garrafa ¹
Jorge Cordón ²

¹ Professor Titular da Cátedra UNESCO e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília (UnB).
volnei@unb.br

² Professor Associado da Cátedra UNESCO e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB.
colectiva_jacp@yahoo.com.br

RESUMO *O trabalho apresenta um estudo crítico da determinação social das doenças a partir das relações sociais configuradas no processo de produção e acumulação capitalista. Avaliando a atenção em saúde como um processo historicamente determinado, os autores constatarem que, no cuidado médico-profissional verificado no Sistema Único de Saúde brasileiro, o custo do trabalho é incorporado ao custo da mercadoria. Isso contribui para um crescente grau de alienação dos trabalhadores de saúde do sistema público, com incompreensão das reais razões de adoecimento das pessoas, principalmente aquelas mais pobres. Ao final, o estudo aponta alguns caminhos para sair da escuridão, partindo da necessidade de construção de uma prática negadora do status quo do processo sanitário brasileiro.*

PALAVRAS-CHAVE: Causalidade; Sistema Único de Saúde; Ocupações em Saúde; Política.

ABSTRACT *This work presents a critical review of the social determination of diseases from the social relations that are arranged in the capitalist production and accumulation process. Assessing healthcare services as a historically determined process, the authors note that, in the case of the Brazilian Unified Health System, the labor cost is incorporated to the merchandise cost. This contributes to a growing degree of alienation of public healthcare system employees, as well as to the misunderstanding of the real causes of illnesses, particularly of the poorest populations. Ultimately, this study presents some options, starting from the necessity of constructing a practice which denies the status quo in the Brazilian sanitary process.*

KEY WORDS: Causality; Single Health System; Health Occupations; Politics.

INTRODUÇÃO

É inegável que a decisão da Organização Mundial da Saúde (OMS) em organizar e divulgar seu Informe sobre os determinantes sociais da saúde proporcionou significativa abertura internacional para novas discussões conceituais e políticas, tanto no setor social como um todo, como no setor sanitário, de modo mais específico. No entanto, ao mesmo tempo gerou justificadas preocupações. Uma crítica recente publicada em conceituado periódico internacional sobre o referido Informe elogiou a análise geral e muitas das determinações nele contidas, culpando-o duramente, contudo, por ignorar as relações de poder que configuraram os determinantes nele contidos (NAVARRO, 2009). O mesmo estudo chama a atenção para o fato de que devemos passar a centrar nosso olhar para a prática concreta e não para as teorias do neoliberalismo.

Em outras palavras, a crítica centra principalmente no fato do documento ter mostrado os avanços mundiais que determinam a saúde e as mazelas que ocasionam as doenças, evitando entrar na essência das razões que as criam. Tais razões são as responsáveis pelo fato de a maior parte da população mundial ainda não ter acesso aos benefícios do extraordinário desenvolvimento científico e tecnológico constatado no campo biomédico nas últimas décadas. A distribuição dos benefícios segue crescentemente desigual; a inacessibilidade persiste: a universalidade do acesso aos referidos benefícios pelas populações desprovidas continua sendo uma meta distante.

O objetivo do presente estudo é analisar as causas que estão por trás de todo esse quadro, apontando os principais fatores socialmente determinantes das condi-

ções objetivas para que pessoas e sociedades estejam saudáveis ou enfermas neste mundo globalizado: as 'alianças de classe' que, segundo Navarro, são as determinantes principais das 'não mudanças' (NAVARRO, 2009) e das relações sociais de produção delas decorrentes. Mais importante, ou politicamente mais comprometido que o estudo da determinação social da saúde, é a determinação social da doença, ou seja, a busca das respostas concretas ao que limita ou mata as pessoas (pobres) nas sociedades de consumo contemporâneas. Contextualizando o estudo no caso brasileiro, as reflexões abordarão criticamente o produto decorrente das relações sociais de produção verificadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

A ATENÇÃO EM SAÚDE COMO PROCESSO HISTÓRICO

O enfoque prioritário utilizado nos últimos anos pelas ciências sociais aplicadas ao setor da saúde vem proporcionando visões restritas dos fatos ao utilizar conceitos e categorias que explicam apenas parcialmente a situação sanitária encontrada. Tais abordagens têm se mostrado insuficientes para proporcionar uma visão total e concreta da problemática da saúde como manifestação particular e especificamente histórica, que expõe e reproduz as contradições sociais assumidas nas lutas políticas pelo projeto hegemônico de classe: a acumulação capitalista.

No final do século passado e mesmo no início do século 21, muitos estudos foram realizados além do atual Informe da OMS com relação aos determinantes sociais da saúde. No entanto, a maioria destes estudos têm se pautado em construções abstrato-teórico-abstratas, sem se vincular organicamente a uma práxis transformadora a partir de problemas políticos concretos verificados em

formações econômico-sociais determinadas, como aqui procuraremos fazer com o caso brasileiro tendo como referência o SUS.

Representativa parte dos intelectuais que se dedicam ao tema dos fatores determinantes da saúde e das doenças, no entanto, utilizam instrumental teórico que, ao invés de desentranhar e expor as razões íntimas dos desequilíbrios constatados no espaço social estudado, proporciona análises mecanicistas inarticuladas com o fazer orgânico das classes dominadas.

Quando se considera o problema da saúde como totalidade concreta e comprometido com a libertação das classes oprimidas, na expressão freireana (FREIRE, 1974), aparecem três instâncias que proporcionam aprofundamento de análise: o saber, o processo saúde-doença e a prática dos intelectuais do setor. O saber, como consequência do processo de apropriação do conhecimento pelas classes trabalhadoras; o processo saúde-doença, como resultante de condições objetivas e subjetivas relacionadas à qualidade de vida; e a prática dos intelectuais do setor, entendida no enfoque gramsciano de organicidade e comprometimento com transformações que diminuam as distâncias entre aqueles que trabalham e aqueles outros que unicamente exploram a mais-valia do trabalho.

Ao contrário desta sistematização, pela falta de aproximações teórico-metodológicas adequadas, acaba-se por não diferenciar o que realmente significa a prática do capital no espaço saúde, em determinadas conjunturas de crise de realização, crise do Estado, etc. que, nesse enfoque, supostamente seriam práticas essencialmente diferentes. O mesmo acontece ao não se distinguir, nas análises da realidade de saúde, o que significa trabalho, produto social acumulado e mercadoria geradora de valor na relação social da saúde.

No espaço da saúde e particularmente na operação do SUS, coloca-se como a unidade mais simples de análise o cuidado profissional, entendido como a relação de intercâmbio entre dois indivíduos, um dos

quais sofre e tem necessidades, submetido à ação do outro – a força de trabalho profissional em saúde – que tem concentrado e monopolizado os conhecimentos, atitudes e habilidades (questões objetivas e subjetivas do trabalho profissional).

Esta relação de intercâmbio é entendida como um processo de trabalho no qual o objeto é o ser humano nas suas necessidades tanto biológicas como psicológicas; e é nesta relação, por meio da qual o conhecimento se corporifica em instrumentos e condutas, que emerge e é constituído o cuidado médico-profissional. Este é o nível técnico desta relação.

O nível social se dá no processo mediante o qual os conhecimentos são investidos e legitimados no exercício da atenção à saúde. Neste processo é consumido o próprio cuidado – ou seja, o trabalho de seus agentes e instrumentos – e não seu resultado, que só vai se realizar na vida de cada pessoa, no uso e no consumo da força de trabalho de cada um, tudo isso inserido no próprio processo produtivo. Desta relação se derivam algumas características do cuidado profissional (ou médico, se preferirem os leitores), entendidas como unidade de produção e consumo:

- como significado valorativo; como unidade de intercâmbio ou troca (mercadoria) de seu próprio valor; com valores vitais que toma como objeto; com valores socialmente atribuídos a estes valores vitais (de uso e intercâmbio).

- como processo de trabalho, que significa um conjunto de relações entre conhecimentos, técnicas, relações sociais e necessidades a serem satisfeitas, que, ao serem elementos que compõem tal processo, caracterizam a forma histórica do cuidado profissional. Neste processo, tais necessidades possuem uma dupla determinação: histórica, influenciada pelos aspectos biológicos; e o processo de medicalização.

- como necessidades vitais criadas pelos hábitos e costumes dos usuários ou pelo chamado “modo de andar na vida” que, por sua vez, determinam necessidades ao definir socialmente o espaço das coberturas. Aqui se origina outra contradição fundamental das práticas de saúde que, ao estarem orientadas ao cuidado dos valores vitais como objeto, são aplicadas conforme o uso social e historicamente atribuído, gerando, naturalmente, distorções.

Nesta linha de ideias, um dos polos de reflexão relaciona o modelo de desenvolvimento do conhecimento em saúde com os valores de uma formação social, enquanto outro compreende o modelo de desenvolvimento de suas possibilidades. Todo este processo, por sua vez, possui uma organização que funciona como infraestrutura econômico-social que se articula com outros níveis.

AS PRÁTICAS DE SAÚDE COMO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Para compreender a articulação da prática da saúde com a produção capitalista, é necessário compreender o trabalho em saúde no sentido de que se relaciona com a criação de valor e que tem sua função relacionada às classes sociais e às mudanças introduzidas pelo capitalismo monopolista a estas relações.

O trabalho em saúde está referido, a longo prazo, como valor de uso para a força de trabalho; e a curto prazo, como valor de troca para sobrevivência do trabalhador e valor de uso para seu comprador, valor de uso este que a classe hegemônica coloca como corporificação do capital no processo de produção imediata. Trata-se, portanto, de compreender o cuidado profissional como mantenedor e recuperador da força de trabalho, aumentando a produtividade e dando caráter produtivo ao trabalho em saúde no mesmo sentido do modo

de produção capitalista. O trabalhador individual é substituído cada vez mais como agente, pelo trabalho socialmente combinado (tecno-automatização).

Deve-se entender, ainda, como a distribuição e consumo do instrumental produzido pelo setor industrial estão envolvidos no ‘cuidado profissional’, ou seja, como seu custo é incorporado ao valor do atendimento, com a produção e consumo da atenção médica propriamente dita se dando simultaneamente à realização do valor dessas mercadorias do setor industrial. Assim, o espaço do consumo médico-profissional consiste também em um setor de consumo produtivo. A produção destas mercadorias (instrumental médico-profissional), por sua vez, produz, além do objeto de consumo, o modo e o instinto do consumo. É neste nível, portanto, que se dá a reprodução de dito setor do capital (TERCERO; CORDÓN, 1977).

Como na produção industrial a materialização do conhecimento em técnica está mediatizada dentro da racionalidade capitalista, é lógico pensar que o viés técnico venha a dominar o viés da prestação do cuidado. Ainda que o conhecimento do profissional de saúde estabeleça relações de determinado-determinante, organizando o cuidado em termos de condutas, permanece uma relativa autonomia na postura profissional frente ao processo de trabalho, conduta esta que reproduz o modo de vida dominante que parece não incorporar as técnicas neste próprio cuidado.

Nesta linha de análise, deve ser lembrado ainda que a técnica, na sua dimensão de instrumentos, possui determinados setores de produção, distribuição, intercâmbio e consumo, com a especificação de que para seu próprio uso ou consumo é exigida a intervenção de agentes que possuem o controle monopólico das formas de sua utilização. Desta maneira, o valor incorporado nestas mercadorias, na atual forma de organização do SUS, somente acontece com o consumo do trabalho especializado do médico, odontólogo, enfermeira,

psicólogo, assistente social, administrador, enfim, de todos os agentes desse setor. Assim, o custo do trabalho profissional é incorporado ao custo da mercadoria.

Por outro lado, o intercâmbio na relação profissional-paciente permite a circulação de dinheiro, determinando a consolidação de profissionais de alto poder aquisitivo para o consumo de produtos industriais.

No modo de produção capitalista, o valor da mercadoria se determina pela quantidade de trabalho investido na sua produção, sendo seu valor final a soma de todos os momentos de sua elaboração. A força de trabalho vira mercadoria, sendo seu valor determinado, como qualquer outra mercadoria, pelo tempo de trabalho necessário para sua produção e reprodução (MARX, 1974). Os custos da formação da força de trabalho, por sua vez, são atribuídos ao Estado e, portanto, socializados. Neste sentido, as ciências da saúde participam na reprodução da força de trabalho por meio dos serviços de atenção prestados no SUS, sendo os profissionais de saúde assalariados do Estado.

Por outro lado, no contexto do processo produtivo, o cuidado em saúde participa na manutenção e recuperação da força de trabalho. Os intelectuais da saúde, agentes do processo saúde-doença, passam a ser os árbitros que definem, em termos das exigências do processo produtivo, as condições e a situação da força de trabalho.

O trabalho em saúde, ao aumentar a produtividade e diminuir os riscos de doença na força de trabalho, incorpora-se na mercadoria-força de trabalho que realmente cria valores, contribuindo para a diminuição relativa de seu valor e aumentando a mais-valia. O cuidado médico-profissional, portanto, participa no aumento da mais-valia relativa e, desta forma, contribui na criação da mais-valia absoluta.

Deste modo, o cuidado médico-profissional em saúde possibilita o aumento da exploração da força de trabalho. E esse valor é dual, pois submetido à categoria de mercadoria, seu custo resulta, de uma parte, do pagamento do trabalhador em saúde e, da outra, da realização

da mais-valia da indústria ligada ao setor saúde (medicamentos, equipamentos, instrumentos e outros).

Nesta situação surge uma prática discursiva que permite um espaço de múltipla confluência no sentido da formação de objetivos e convergências discursivas, dando passo em direção à multidisciplinaridade: uma prática ideológica, concentrada em nível da chamada consciência da profissão como mercadoria, com *status* desigual frente a outras categorias sociais; e uma prática empírica experimental, na qual se tentam construir novas formas de existência da igualdade, que fortalecem o surgimento de representações diferenciadas. Desta maneira, da forma como está sendo hoje desenvolvido, o SUS constitui um sistema conservador das estruturas das práticas de saúde hegemônicas, fato que merece ser aprofundado e, se confirmado, sofrer profundas transformações neste particular.

Cada formação social representa uma totalidade histórica concreta. Ao se considerar a prática da saúde – dentro desse marco – como um modo de produção específico, se está aceitando um momento intermediário da análise, onde se estuda o modo abstrato-abstrato da prática em saúde. Esse fato, no entanto, não deriva da aplicação praxiológica do concreto do pensamento assumido na formação social específica.

É impossível explicar de uma maneira coerente o fato de existirem variadas práticas que em nível social foram dominantes num período histórico e que ainda hoje, em círculos reduzidos, se conservam. Especialmente, é difícil analisá-las na articulação que têm com o desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento em saúde, sem serem entendidas na sua função política mais geral, em nível do Estado, como reproduzidor das condições exteriores ao processo da produção imediata. Isto é, importa saber o eixo de desenvolvimento de tais práticas sob a dominação do projeto de acumulação capitalista em nível mundial e sua expressão nos espaços concretos dos Estados e no espaço saúde em particular.

O modo de produção é o espaço onde acontece a luta de classes em seus diversos níveis (ideológico, jurídico-político, econômico, etc.) numa caracterização de determinação abstrata (MARX, 1974). A prática médico-profissional em saúde não é um nível ou uma instância dessa categorização, que se relaciona com as outras instâncias. A saúde é um espaço particular de uma formação social, onde tal formação se manifesta em forma singular, num momento histórico concreto, assumindo, ela mesma, a totalidade desse espaço determinado.

No SUS, como já foi dito, a categoria de análise de determinação mais simples é o “cuidado médico-profissional”, entendido como uma relação de troca em um processo de trabalho onde é consumida a atenção profissional em si e não o seu resultado. A categoria mais concreta para analisar este aspecto é aquela que se refere à relação da produtividade do profissional no próprio processo produtivo. Dependendo de onde esteja colocado, este profissional (médico ou outro) se incorporará ao grupo dos trabalhadores coletivos (assalariado direto da indústria ou do Estado) ou dos explorados (prestação de serviços às empresas e planos de saúde genuinamente capitalistas), enfrentando de forma direta o capital.

Deve-se deixar claro que conservar o valor de troca da força de trabalho é tarefa que acontece fora do processo produtivo imediato. O cuidado em saúde não se articula de modo produtivo e direto na produção capitalista, ao elevar ou manter, recuperar ou reproduzir a força de trabalho, aumentando sua produtividade e diminuindo os riscos que esta possa vir a sofrer. Se, por um lado, é certo que o exercício das práticas de saúde contribui para a elevação da produtividade no processo de produção social, por outro tal valorização é considerada como produto do desenvolvimento do indivíduo social, onde a apropriação de tempo de trabalho alheio constitui o fundamento da riqueza atual. Tudo isso, contudo, aparece de modo muito tímido quando comparado com o fundamento desenvolvido

pela indústria mais recentemente, onde o homem se comporta unicamente como supervisor e regulador do processo produtivo a partir da forte automatização das forças produtivas sociais em geral.

ALGUNS CAMINHOS PARA SAIR DA ESCURIDÃO

Tudo o que foi discutido até aqui pretende significar uma expressão política concreta relacionada com a práxis social dos trabalhadores da saúde como sistematizadores e eixos essenciais do projeto alternativo de negação da situação de saúde hoje constatada no Brasil.

É necessário não somente procurar articular a saúde com a sociedade por meio de relações de intercâmbio, mas buscar a relação deste setor com a produção. Do contrário, ter-se-á uma visão fragmentada da realidade e desvinculada da relação geradora da totalidade na sua expressão particular no espaço da saúde. O que se necessita buscar é a articulação real da produção, na sua conjuntura hegemônica com o capital monopolístico e com o desenvolvimento do projeto de saúde em sentido mais geral, assumido politicamente pelo Estado como projeto hegemônico da classe dominante.

Aqui surge uma novidade: a enorme contribuição da Bioética, particularmente da chamada Bioética de Intervenção, modelo teórico/aplicado utilitarista e consequencialista, que discute os problemas emergentes e persistentes do SUS como instrumental teórico-metodológico para a busca de uma visão transformadora da realidade e negadora da atual prática da saúde verificada no país (GARRAFA, PORTO, 2003; PORTO, GARRAFA, 2005).

É indispensável registrar uma vez mais a importância da determinação social do processo saúde-doença.

Porém, concordando com Navarro, deve-se partir para a construção de uma nova atitude de intervenção negadora do *status quo*, que inclui a tomada de atitudes novas por parte da força de trabalho profissional do setor saúde.

Por mais orgânico que se possa considerar, o exercício atualmente realizado nos espaços da saúde brasileiros infelizmente é autônomo. Tal exercício se desenvolve coerentemente com a reprodução e a legitimação de alternativas modernizadoras da acumulação capitalista. As práticas de saúde verificadas no SUS vêm contribuindo para consolidar o espaço da saúde como projeto orgânico aos interesses capitalistas hegemônicos da conjuntura, interesses que representam a orientação política exercida pelo Estado.

Não se pode fazer uma diferença entre o pessoal de saúde unicamente pela caracterização superficial do seu exercício profissional predominante, seja no hospital, no exercício liberal do consultório, nos sistemas de saúde pública do SUS ou em programas estratégicos específicos como o Programa de Saúde da Família (PSF). Se estas diferenças existirem, talvez possam ser encontradas no modo como se articula a práxis de cada um desses profissionais, seu serviço e sua atenção no desenvolvimento da indústria – seja farmacêutica transnacional ou de implementação cirúrgico-clínica ou mesmo num nível orgânico mais politizado – diminuindo ou mediatizando as tensões políticas com relação aos marginados. Isto é, procurando concretamente buscar alguma articulação do seu ‘que-fazer’ com o processo de produção social.

Ao contrário, hoje, dentro do SUS, representativos setores dos trabalhadores da saúde estão alienados e integrados em uma espécie de desorganicidade, na reprodução inconsciente e mecânica dos condicionantes exteriores da produção, e o pior, na maioria das vezes, abstraindo ou mesmo ocultando a deterioração, a fome e até mesmo o extermínio de setores da força de trabalho como produto direto ou indireto das contradições da produção social capitalista. Não se deram conta, por exemplo, que o

exercício laboral de grande parte deles dentro do SUS já não se dá diretamente com a população produtora e assalariada, mas com setores marginados da sociedade e em tensão direta com setores da produção produtiva.

Os trabalhadores da saúde, dentro do SUS, deveriam desenvolver atividades mais politizadas, principalmente aqueles que participam no PSF e outros programas periféricos. No entanto, o que se constata é que muitos destes programas e projetos são financiados por agências internacionais como o Banco Mundial, que com demagogia e populismo assistencialista, confundem a verdadeira causalidade das doenças e sua relação com o processo produtivo, com deterioração persistente da força de trabalho. Todo este contexto quase asséptico, que isola os fatores ideológicos fora do espaço de discussão cotidiana, possibilita a vigilância e controle dos indivíduos pertencentes aos setores médios mais politizados: estudantes, profissionais liberais e mesmo grupos sociais diferenciados da própria coletividade.

Com toda esta orientação, os outrora ‘revolucionários enfoques da saúde’, com as mudanças capitalistas constatadas no âmago do próprio SUS e de seus operadores, estendem suas relações agora inorgânicas ao campo, ao domicílio, à intimidade das relações familiares. Com tudo isso a população perde o referencial social de direito à busca do seu próprio destino, sendo constantemente avaliada e controlada com o uso de categorias técnicas e científicas que reproduzem as condições objetivas e subjetivas que mantêm a reprodução social orgânica aos interesses da classe dominante.

A ALTERNATIVA NEGADORA

Tomando em consideração o que foi discutido até aqui, especialmente a partir da análise teórico-metodológica orientada para uma práxis negadora que provém de um

transitar na realidade, orgânico às classes dominadas e com o uso de categorias reais e cientificamente abordadas, que permitam uma concepção da problemática saúde-doença mais concreta e com sentido de totalidade social, chega-se à necessidade premente da construção de uma alternativa, tanto de análise teórica como de práxis objetiva, para a atual situação conjuntural do setor da saúde no Brasil.

A atividade técnico-científica de certos setores profissionais do espaço saúde e do SUS não pode continuar alienada. Tais atividades precisam ser transformadas mediante uma práxis política negadora que enfrente a elaboração e a sistematização abstrata e operacional que legitima e reproduz o dito processo alienado e alienante.

É nesta alternativa negadora que se propõe uma nova postura de crítica e combate permanente à economia baseada nos interesses do desenvolvimento da acumulação capitalista no campo da saúde nacional. Uma nova práxis negadora do atual e caótico quadro sanitário poderá contribuir para a integração das práticas de saúde na própria cultura de uma sociedade pluralista, solidária, justa, responsável, livre e autônoma dentro de um novo bloco histórico-social.

Há diversos níveis de militância orgânica a tal movimento social. Estes níveis podem assumir desde a crítica aos modelos, métodos e teorias que pretendem desvirtuar a essência do processo das contradições principais no espaço saúde, passando pela assimilação de uma 'consciência social politizada', Essa consciência, no caso dos profissionais de saúde, diz respeito à construção de transformações nas formas de atenção à saúde em conjunto com a sociedade organizada, consciência que tenha sua práxis nas distintas expressões dentro dos objetivos mais concretos, até se inserir numa espécie de militância social permanente.

Grande parte dos problemas existentes nas sociedades atuais, fruto da produção e reprodução social capitalista, pode ser negada por meio de críticas bem fundamentadas à expansão das relações capitalistas a espaços territoriais e sociais mais amplos, espaços estes

geralmente marginalizados da própria práxis da saúde, excluídos da qualidade social de vida, com direitos humanos frágeis e que necessitam de intervenções dramáticas do Estado para garantir o mínimo à sobrevivência.

A recente Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO ampliou substancialmente a pauta de trabalho e ação deste novo território do saber, movendo-se das restritas áreas biomédicas e biotecnológicas, às quais se dedicava anteriormente, para incorporar as preocupações dos campos sanitário e social ao seu que-fazer (UNESCO, 2005). A Declaração apresenta uma nova agenda que, entre outros aspectos, defende a necessidade do reconhecimento da vulnerabilidade humana, do respeito à dignidade das pessoas, da não-discriminação, do respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo, da solidariedade para com os mais frágeis e desassistidos, da cooperação e responsabilidade social no compartilhamento dos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico e na proteção às gerações futuras. Esta nova proposta de práxis social, com inusitada orientação bioética, necessita do apoio de uma nova postura política e militante dos profissionais envolvidos com as práticas da saúde, capaz de atribuir à sociedade o poder sobre seu direito a viver com saúde e ser verdadeiramente livre.

REFERÊNCIAS

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, v.17, n. 5-6, p. 399-416, 2003.

MARX, K. *El método de la economía política: elementos fundamentales para la crítica de la economía política (Borrador), 1857-1858*". 4. ed. México: Siglo XXI; 1975.

NAVARRO, V. What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, v. 39, n. 3, p. 423-441, 2009.

PORTO, D.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética*, v.13, n. 1, p. 111-124, 2005.

TERCERO, L.A.; CORDÓN, J. *Anotaciones preliminares para una crítica de la economía política de la salud - un enfoque latinoamericano*. León, Nicaragua, Curso de Post-Graduación en Planificación y Desarrollo Curricular en Salud. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 1977.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20-%20htm/index/index_documentos.htm>. Acesso em 24 ago. 2009.

Recebido: Setembro/2009

Aprovado: Setembro/2009